

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

638

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

GUILLAUMET Henri

Né le 26 Octobre 1912, à Chateauroux (Indre).

LES
ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES
DE L'ESTOMAC
ET LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. MONDOR, professeur

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

GUILLAUMET Henri

Né le 26 Octobre 1912, à Chateauroux (Indre).

LES
ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES
DE L'ESTOMAC
ET LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. MONDOR, professeur

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

GUILLAUMET Henri

Né le 26 Octobre 1912, à Chateauroux (Indre).

LES
ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES
DE L'ESTOMAC
ET LEUR
TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. MONDOR, professeur.

PARIS
IMPRIMERIE FOULON
29, Rue Deparcleux, 29
1940



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutiques générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique ophtalmologique	JEANNIN.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique	HARVIER.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale	Pierre Duval.
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale	TROISIER.
Clinique propédeutique	MATHIEU.
Clinique de la Tuberculose	LAUBRY.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	Clovis VINCENT.
Clinique de cardiologie	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance Médico-sociale	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	GIROUD Histologie.
BARIETY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne). Pathologie médicale.	HALPHEN Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin). Hydrologie.	JOANNON Hygiène.
BONNET Bactériologie.	LACOMME Obstétrique.
BOULANGER Chimie.	LANTUEJOUL Obstétrique.
BOULIN Pathologie médicale.	LAVIER Parasitologie.
BROUET Pathologie médicale.	LELONG Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	LEMAIRE Pathologie expérimentale.
CACHERA Pathologie médicale.	LENEGRE Pathologie médicale.
CORDIER Anatomie.	Mlle J. LEVY Pharmacologie.
COSTE Pathologie médicale.	MARCHAL Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger). Urologie.	MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	MOLLARET Pathologie médicale.
DELAY Pathologie médicale.	MOUQUIN Pathologie médicale.
DEGREZ (H.) Physique.	PATEL Pathologie chirurgicale.
DESOILLE Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
DIGONNET Obstétrique.	RENARD Ophtalmologie.
DOGNON Physique.	RICHET Physiologie.
FEVRE Pathologie chirurgicale.	SENEQUE Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO. Pathologie chirurgicale.	SICARD Pathologie chirurgicale.
GALLIARD Parasitologie.	SOULIE Pathologie médicale.
GARCIN Pathologie médicale.	SUREAU Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS, Anatomie pathologique.	TURPIN Pathologie médicale.
DE GENNES Pathologie médicale.	WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	MM.
ALGLAVE Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN Anatomie pathologique.
BUSQUET Pharmacologie.	LE LORIER Obstétrique.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
GUENIOT Obstétrique.	PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
EGALLE	Clinique obstétricale.		
METZGER			
PORTES			
VIGNES			

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDoux-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE CAPITAINE GUILLAUMET

Chevalier de la Légion d'Honneur

ET A MA MERE

En témoignage de ma profonde affection et en les remerciant de tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES BEAUX-PARENTS

Sentiments affectueux.

A MA FEMME

*Délicieuse compagne des bons
et des mauvais jours.* •

A MA FILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI MONDOR

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOYEN CHARLES DUBOIS

Avec l'assurance de mes sentiments très respectueux.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

RENÉ PEYCELON, JEAN CIBERT
RENÉ SUZOR, PIERRE HENNION, ANDRÉ ROSSERT

Avec tous mes remerciements pour la solidarité dont ils ont généreusement et amicalement fait preuve à mon égard.

A MON MAÎTRE ET AMI
MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BARDIN

Chef de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE LYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENÉ LERICHE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER.

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON TIXIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT PROUST.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEZARY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GEORGES GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ECALLE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CYRILLE JEANNIN.

**A MES PATRONS
DE L'HOPITAL DE SAINT-DENIS (SEINE)
INTERNAT 1936-1938**

DOCTEUR RAYMOND ARCHAMBAUD.

Médecin honoraire de l'hôpital

DOCTEUR PIERRE PERRIN

Chirurgien de l'hôpital

DOCTEUR ALBERT DE VADDER

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Chirurgien de l'hôpital

DOCTEUR PIERRE DELAFONTAINE

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Médecin de l'hôpital

DOCTEUR DE PERETTI DELLA ROCCA

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Accoucheur de l'hôpital

DOCTEUR JACQUES BRUNETON

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Chirurgien adjoint de l'hôpital

**A MES CAMARADES
DE L'INTERNAT DE SAINT-DENIS**

**A MES PATRONS
DE L'HOPITAL SAINT MICHEL A PARIS**

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE RENAUDEAUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE DELORT.

Médecins du Centre de Gastro-Entérologie de l'hôpital.

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LUQUET.

Chirurgien de l'hôpital.

6 *Presque seuls dans le monde avec les artistes, les savants et les vrais paysans, les médecins et les chirurgiens ont encore le bonheur de réaliser de leurs mains leur propre conception, et sans sacrifier du bonheur des autres.*

Bien plus directement, ils peuvent créer du bonheur. Celui qui rend un enfant à sa mère, un fiancé à une femme crée un bonheur... répand une joie qui tient à la chair même de l'homme, et qui est vieille comme l'homme lui-même.

CLOVIS VINCENT.
(Leçon inaugurale 1939)

NOTE PRELIMINAIRE

Nous nous excusons de présenter un travail que les « circonstances » ne nous ont pas permis de compléter comme nous l'aurions désiré.

Préparé et rédigé un peu partout, au hasard de nombreux déplacements de la Moselle à la Champagne, terminé quelque part sur le front de l'Aisne, où l'ulcère gastrique — même juxta-cardiaque! — n'était le souci principal ni du soldat, ni du médecin, nous savons fort bien ce qui lui manque.

Nous regrettons, en particulier, de ne pouvoir publier les observations inédites d'ulcères juxta cardiaques opérés, que nous aurions pu trouver, en d'autres temps, aussi bien à l'hôpital de Saint-Denis, où

nous avons passé nos meilleures années d'Internat, qu'auprès de nos patrons du Centre de Gastro-Entérologie de l'hôpital Saint-Michel.

Et nous avons préféré n'apporter aucune observation que de nous borner à recopier celles déjà publiées dans des travaux antérieurs.

Cependant je ne manquerai pas de remercier ici la Faculté de Médecine de Nancy de l'excellent accueil qu'elle m'a fait, et de l'empressement qu'elle a mis à me faciliter quelques recherches bibliographiques pendant un court, mais inoubliable séjour dans cette ville.

Les Ulcères Juxta-cardiaques de l'Estomac et leur Traitement chirurgical

INTRODUCTION

Les ulcères gastro-duodénaux ne sont pas toujours localisés aux zones d'élection classiques : petite courbure pylorique, bulbe duodénal.

Beaucoup d'entre eux sont situés en dehors de ces zones : au delà du bulbe duodénal, dans le canal pylorique, sur les faces et la grande courbure de l'estomac, dans la région juxta-cardiaque.

Souvent méconnus, parce que de diagnostic difficile en raison :

— de leur siège inhabituel;

— des procédés spéciaux d'examen radiologique et gastro-scopiques qu'ils nécessitent pour être mis en évidence, ces ulcères, que le Professeur DUCUING et ses élèves proposent d'appeler « ulcères gastro-duodénaux cachés », sont cependant assez fréquents : (proportion qui irait jusqu'à 20 % pour SOUPAULT) et riches en complications graves.

Parmi eux les *ulcères juxta-cardiaques* nous semblent présenter un intérêt particulier. Ce sont eux en effet qui offrent au chirurgien, dans cette région haute de l'estomac, assez mal vascularisée, difficilement réséquable, les problèmes thérapeutiques les plus compliqués.

Des travaux assez complets ont déjà paru sur ce sujet et en particulier les *thèses* de GUÉRIN de Lyon 1920, — *thèse* de DUMOULIN de Paris 1924.

Cependant, depuis, les progrès de la Radiologie et de la gastro-scopie ont permis un diagnostic plus précoce des ulcères en général et leur localisation plus fréquente au niveau de la région juxta-cardiaque.

Et d'autre part les progrès non moins importants de la chirurgie gastrique permettent d'envisager les indications opératoires sous un autre angle.

Nous nous proposons donc, après avoir précisé les caractères anatomo-topographiques et les limites de cette zone assez spéciale de l'estomac. D'examiner à nouveau les modalités de diagnostic et la fréquence de ces Ulcères.

Et enfin d'envisager les indications opératoires d'après les différentes interventions proposées pour leur traitement chirurgical au cours de ces dernières années.

CLASSIFICATION TOPOGRAPHIQUE DES ULCERES RARES GASTRO-DUODENaux

Duodénum. — Le bulbe — siège le plus fréquent des ulcères duodénaux. Les autres portions au delà du genu supérieur : ce sont les « *ulcères post-bulbaires* » de GUTMANN dont la fréquence varie de 2 % à 10 % des ulcères duodénaux selon les auteurs.

TOYE-LAZARIN les classe ainsi :

11 % au genu supérieur;

84 % deuxième portion duodénum;

5 % troisième portion — presque tous sus-vatériens.

Pylore. — Il présente au repos un versant duodénal et un versant gastrique. Au moment d'une sommation gastrique il « s'allonge et s'épaissit formant le canal pylorique proprement dit » (GUTMANN).

GUTMANN a isolé les « *ulcères du canal pylorique* » (41 cas en 4 ans à la Salpêtrière — proportion la plus probable 2 % environ.

Parois gastriques. — Classification topographique plus difficile car il n'existe pas de limite anatomique précise.

La délimitation entre les faces et les bords est un peu arbitraire...

En hauteur on devra considérer les trois zones suivantes :

a) *Région centrale* : très difficile à délimiter anatomiquement, les ulcères y sont d'ailleurs extrêmement rares.

b) *La grosse tubérosité* : portion de l'estomac située au dessus d'un plan horizontal passant par le cardia. Elle comprend le 1/4 supérieur de la grande courbure anatomique.

Ulcères très rares. Statistique de SOUPAULT 3 %, WELSH 4 %. A la Soc. Ch. Lyon 30-3-39, 3 cas de PEYCELON et CHEVALIER dont 2 à face antérieure ce qui est très rare.

c) *Corps de l'estomac* : entre ces 2 régions d'une part, la P. C. et la G. C. d'autre part :

Paroi antérieure : ulcères très rares. Quelques cas. Amérique du Sud.

Paroi postérieure : ulc. assez haut situés : « *ulcères sous tubérositaires de la face postérieure* isolés par LEDOUX-LEBARD.

Fréquence des U. du corps de E. 2 % DUVAL.

GOSSET, 6 % SOUPAULT, jusqu'à 16 % pour certains.
Il semble bien qu'on puisse admettre 10 %.

Grande courbure. — Les ulcères siègent au 1/3 moyen de la G. C. anatomique bien qu'assez faciles à diagnostiquer ils semblent peu fréquents. De 1 % (MOUTIER) à 6 % pour d'autres.

Les ulcères des faces et de la G. C. se cancérisent fréquemment et sont souvent difficiles à diagnostiquer d'un cancer. Ils commandent donc plus que tous les autres la gastrectomie.

Petite courbure. — Siège de beaucoup le plus fréquent des ulcères gastriques.

A la partie toute supérieure de la P. C. nous distinguerons la zone juxta cardiaque que nous délimiterons avec précision au chapitre suivant.

LA ZONE JUXTA-CARDIAQUE

La fréquence des ulcères de la zone juxta-cardiaque de l'estomac varie selon les auteurs de 2 à 12 %. Cette différence d'appréciation est dûe en majeure partie aux diverses conceptions qu'ils ont des limites de cette zone. Il importe donc avant tout de les préciser.

DÉFINITION — LIMITES.

GUÉRIN a limité cette zone par une ligne commençant sur la P. C. à trois centimètres au-dessous du cardia et se terminant au point culminant de la grosse tubérosité.

Mais cette définition a le tort de faire empiéter la zone juxta-cardiaque sur une partie assez importante de la grosse tubérosité.

DUMOULIN limite cette zone aux deux versants de la P. C. situés au-dessus d'une horizontale passant à trois centimètres au-dessous du cardia, en faisant remarquer que les ulcères juxta-cardiaques sont des ulcères de la P. C. très hauts situés.

Ce repère de 3 centimètres à une *raison chirurgicale*. C'est en effet le lieu où commence les difficultés quand on veut « élargir » la gastrectomie vers le cardia.

LE CARDIA.

Le cardia, orifice inférieur du tube œsophagien, limite cette zone en haut. Il n'est ni une entité anatomique, ni une entité physiologique et son emplacement exact est difficile à fixer sur la face externe (exogastrique) du tube digestif.

Si les classiques décrivent un angle net entre le bord gauche de l'œsophage et la grosse tubérosité, GOUZI qui a remarquablement repris l'anatomie de la portion abdominale de l'œsophage, n'a jamais constaté de sillon net mais tout au plus un simple changement de direction. Et entre le bord droit et la P. C. la limite est encore plus imprécise.

Il existe une « zone du cardia » qui mesure près de 1 centimètre de hauteur ne permettant pas d'estimer exactement la limite inférieure de l'œsophage.

Intérieurement par contre, la délimitation est plus facile, mais seule la différence des couleurs entre les deux muqueuses : d'un blanc mat pour l'œsophage, rouge vif pour l'estomac, marque la séparation entre les deux organes.

« Les ciseaux, dit GOUZI ne rencontrent aucune

diminution de calibre, aucun épaissement musculéux, aucun sphincter. Il n'y a pas de zone de transition entre l'épithélium pavimenteux stratifié de l'œsophage et celui cylindrique de l'estomac. Le passage de l'un à l'autre est brutal et peut se déterminer à un millimètre près ».

LIMITES LATÉRALES.

Nous avons admis que la zone juxta-cardiaque était formée par les deux versants des trois centimètres supérieurs de la P. C. anatomique. Il reste maintenant à limiter ces versants dans la direction de la grande courbure.

CORMATY étend les courbures jusqu'à un ou deux centimètres de chaque côté de la ligne idéale de jonction des faces, tout en reconnaissant d'ailleurs que cette définition est purement arbitraire et n'a rien d'anatomique.

Nous préférons, avec le Professeur DUCUING, adopter le test radiologique de LEDOUX-LEBARD dont nous avons parlé plus haut :

« Les ulcères des courbures sont ceux qui siègent
« assez près du bord de l'estomac pour faire appa-
« raître une déformation en niche ou une simple rigi-
« dité segmentaire ».

Ceci admis on peut définir la zone juxta-cardiaque comme étant formée par :

LES VERSANTS ANTÉRIEURS ET POSTÉRIEURS DES
TROIS CENTIMÈTRES SUPÉRIEURS DE LA PETITE COUR-
BURE ANATOMIQUE.

Et l'on peut dire que de raison histologique en haut, de raison chirurgicale en bas, ces limites ne peuvent être fixées latéralement que d'un point de vue radiologique.

Mais si les limites anatomiques de cette région sont un peu arbitraires nous verrons que sa chirurgie lui donne une réelle individualité.

VASCULARISATION.

« La vascularisation du segment abdominal de
« l'œsophage doit intéresser les chirurgiens puis-
« qu'une bonne vascularisation est une condition in-
« dispensable pour assurer la vie des tissus après leur
« suture. Or l'étude de cette question très importante
« semble avoir été trop négligée par la plupart des
« auteurs ». (DUCUING, SOULA et FRANCKEL.)

Cette lacune a été comblée par le remarquable travail de GOUZI. C'est à lui que nous emprunterons la plupart des renseignements qui vont suivre, car, ainsi que l'a montré GOSSARD, *l'œsophage abdominal a une irrigation commune avec la portion adjacente de l'estomac*, c'est-à-dire la région juxta-cardiaque.

BRANCHES DE LA DIAPHRAGMATIQUE.

Il semble bien qu'une partie du tiers supérieur du versant postérieur près du cardia reçoive une artériole de la diaphragmatique inférieure gauche.

En effet GOUZI a montré dans sa thèse que si la diaphragmatique droite ne participe certainement pas à l'irrigation de l'œsophage, la D. gauche envoie une petite artère dans 60 % des cas au moins.

Cette artériole naît plus ou moins haut sur la diaphragmatique, se divise en :

a) un rameau qui remonte le bord gauche de l'œsophage;

b) un fin rameau qui va au ganglion juxta-cardiaque;

c) enfin un troisième qui traverse la partie supérieure du versant postérieur de la zone juxta-cardiaque et contribue à son irrigation — (contribution vraisemblablement très faible).

BRANCHES DE LA CORONAIRE STOMACHIQUE.

La C. S. est la véritable artère de cette région, elle donne d'abord :

A. — *Artère œsophago-cardio-tubérositaire* constante qui naît en un point très variable entre la crosse de la coronaire et sa bifurcation. Dans 12 % des cas elle naît de l'artère principale de la petite courbure.

Elle remonte le long de la P. C. et se termine à l'extrémité droite du cardia en trois branches :

— deux branches remontent le long de la face antérieure de l'œsophage;

— la troisième branche donne des rameaux au cardia, au versant antérieur de la zone juxta-cardiaque et va se terminer vers la grosse tubérosité.

GOUZI signale que cette artère O. C. T. peut présenter des anomalies importantes.

B. — En plus de l'*œsophago-cardio-tubérositaire* (que nous venons d'étudier) la *coronaire stomachique* donne au niveau de sa crosse, en amont du tronc O. C. T. un à trois rameaux :

— les deux premiers montent verticalement sur la face postérieure de l'œsophage;

— le rameau inférieur est au voisinage du cardia et donne en général un rameau cardiaque ou gastrique.

« D'ailleurs il peut exister également un rameau
« purement gastrique, ce qui montre bien, ajoute
« GOUZI, que l'œsophage n'a pas un système vasculaire
« propre et qu'il n'y a pas de différence entre lui et
« la partie haute de l'estomac : il n'est que l'antré
« pré-gastrique ».

BRANCHES NAISSANT DE L'ARTÈRE DE LA P. C.

La coronaire stomachique en atteignant la P. C. se divise en deux branches dont l'une envoie plusieurs artérioles qui irriguent la région juxta-cardiaque.

RAPPORTS AVEC LE PÉRITOINE.

Alors que CORMING dit que le péritoine entoure l'œsophage abdominal en entier sauf en un petit champ du diaphragme, à gauche de l'hiatus œsophagien, la plupart des auteurs français : POIRIER et CHARPY TESTUT et LATARJET, etc... ont montré au contraire que la partie postérieure de l'œsophage abdominal était dépourvue de séreuse ainsi qu'une partie de la grosse tubérosité.

Tous les chirurgiens qui ont fait des gastrectomies totales reconnaissent la difficulté et le plus souvent l'impossibilité des sutures séro-séreuses à ce niveau.

Nous verrons plus loin que le gros danger des interventions pour ulcères juxta-cardiaques vient en partie de ce manque de péritoine en arrière de l'œsophage abdominal.

FORMES CLINIQUES ET COMPLICATIONS DES ULCERES JUXTA-CARDIAQUES

Nous ne tenterons pas ici d'établir une symptomatologie propre aux U. J. C. pour la bonne raison qu'elle n'existe pas.

A lire les observations déjà nombreuses, répandues dans les différentes thèses et publications relatives à ce sujet, on se rend compte que ces ulcères se présentent assez souvent sous la forme d'une dyspepsie à caractères tels qu'elle fait poser le diagnostic d'ulcère probable, quelquefois celui d'ulcère de la P. C. On ne peut pratiquement pas localiser cliniquement l'ulcère au cardia. Un diagnostic de localisation plus précis serait le plus souvent un diagnostic de hasard.

Souvent, aussi, ce n'est qu'à l'intervention pour une complication survenue sans signes prémonitoires : hémorragie, perforation que le diagnostic a été fait.

Et parfois à l'autopsie seulement.

Nous ne citerons ici que quelques formes clini-

ques un peu spéciales pouvant conduire à des erreurs de diagnostic par excès ou par défaut.

FORME ŒSOPHAGIENNE.

Son existence *à priori* ne surprend pas étant donné la proximité de l'œsophage (mais nous verrons plus loin que GUÉRIN a décrit également une forme pylorique).

Dysphagie intermittente dont le phrénospasme est le principal élément.

Si le phrénospasme est permanent on a un *syndrome œsophagien inférieur complet*.

Le diagnostic clinique est celui d'une sténose cardio-œsophagienne.

Mais MOUTIER et DEBRAY (*Presse médicale* du 19 mars 1938) n'ont jamais vu ni spasmes cardiaques ou œsophagiens, ni dysphagie .

FORME PYLORIQUE.

Cette forme qui prend l'aspect d'une *sténose du pylore* doit être rare. Elle a été signalé par GUÉRIN qui semble être le seul à en avoir publié un cas.

Nous signalerons une forme à type d'ANOREXIE MENTALE comme dans les deux observations publiées par le professeur PEYCELON dans le *Lyon Chirurgical*.

Ce qu'il faut ne pas oublier surtout c'est la fré-

quence des FORMES LATENTES-FORMES FRUSTES qui n'attirent l'attention, ni du médecin, ni du malade.

La « période de latence pré-ulcéreuse » de DELORT se prolonge ici jusqu'à un accident grave : c'est ici surtout que le diagnostic ne se fera qu'à l'intervention.

MAYO ROBSON disait : « L'ulcère latent est situé fréquemment tout près de la fin de la P. C. ou tout près du cardia.

MOUTIER et DEBRAY ont insisté sur le fait que les U. J. C. sont surtout des ulcères *muets* ou à *symptomatologie atypique*.

Ainsi, l'*histoire clinique* ne nous permet pas de faire le diagnostic de localisation.

L'*examen physique* non plus et les différents points douloureux que l'on a décrits, sans conviction d'ailleurs, n'ont aucune valeur.

L'examen du *chimisme gastrique* ne donne aucun renseignement particulier. L'hyperchlorhydrie même n'est pas constante. Sur six cas DEBRAY trouve après histamine; 4 hyperchlorhydrie, une hypochlorhydrie et une achlorhydrie complète ($H = 0$, A. S. = 0,30).

EVOLUTION ET COMPLICATIONS.

L'évolution est la même que pour les autres ulcères gastriques : période d'activité alternant avec des périodes d'accalmies de plus en plus courtes.

La guérison par un traitement médical est possible, tout au moins apparemment, mais le plus souvent il se produit une des complications classiques.

HÉMORRAGIES.

En général les hémorragies sont moins fréquentes que pour les ulcères de la P. C. et moins abondantes. Peut-être ce fait est il dû à une moins bonne vascularisation de cette région comme nous l'avons vu plus haut. Cependant il existe des hémorragies graves, rebelles ou foudroyantes (une observation de KOTZAREFF). GUR sur 93 hémorragies ulcéreuses qu'il rapporte, en signale 5 dûes à un U. J. C. mais pour DUMOU-LIN 4 seraient dues à une « exulcération simple » de DIEULAFOY fréquentes près du cardia.

PERFORATION.

Soit a) Signe initial d'un ulcère méconnu ou latent : péritonite généralisée.

b) Vieil ulcère ancien, induré. On aboutit alors à la suppuration périgastrique : abcès sous-phrénique gauche.

c) Perforation : dans les organes voisins (assez fréquente dans épiploon épaissi) dans le pancréas ce qui rend l'intervention très aléatoire en raison de la destruction des sutures par le liquide pancréatique.

Au sujet de la FRÉQUENCE DES PERFORATIONS nous rapporterons quelques statistiques :

FENWET d'après VILLARD et PINATELLE (*Revue de chirurgie*, 1904) sur 1.015 cas : 8 % d'ulcère juxta-cardiaque.

GROSS de LAUSANNE : 164 ulcères perforés en péritoine libre : 5 % d'U. J. C.

LAURET (*Thèse de Paris*, 1921) : 53 ulcères perforés : 5 % d'ulcères juxta-cardiaques.

LANG de Berlin : 152 ulcères perforés : 15 près du cardia, 112 au pylore et 10 au duodénum.

Mais il est bien probable qu'ici comme ailleurs un certain nombre d'ulcères haut situés de la P. C. sont catalogués U. J. C.

LA CANCÉRISATION

Est toujours possible vraisemblablement avec la même fréquence que pour les autres ulcères de la P. C.

MONSAINGEON en signale 4 cas.

Il existe également des phrénospasmes plus ou moins rebelles (LARDENNOIS et BRAINE).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les U. J. C. peuvent présenter toutes les formes classiques d'ulcères d'estomac :

a) Des ulcères petits lenticulaires susceptibles de donner des hémorragies redoutables et parfois mortelles.

b) Des ulcères calleux, volumineux infiltrant l'épiploon, avec rétraction gastrique modifiant les rapports et la position de l'estomac.

c) Des ulcères perforés, bouchés par le pancréas et le foie, rendant l'intervention plus difficile encore.

Nous ne manquerons pas de répéter ici qu'ils peuvent :

donner des hémorragies graves;
se perforer en péritoine libre;
se Cancériser;

Nous insisterons, en outre, rapidement sur les points suivants : la gastroscopie et les examens de pièces opératoires nous apprennent que :

Ces ulcères peuvent *siéger dans une bourse*, au

fond d'un diverticule (2 photos de MOUTIER dans la « *Presse Médicale* »).

Qu'ils peuvent se présenter assez souvent dans cette région, sous la *forme tumorale*: masse arondie rouge sombre ou grisâtre (photos de Moutier dans « *La Presse Médicale* »).

Qu'ils prennent souvent dans cette région une *forme pseudo-cancéreuse*, d'où diagnostic difficile et, dans le doute, intervention rapidement.

Qu'ils se présentent souvent sous la *forme d'ulcère géant* à fond formé par le pancréas.

MOUTIER et DEBRAY ajoutent qu'ils n'ont jamais vu de spasmes cardiaques ou œsophagiens ni de dysphagie.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ET GASTROSCOPIQUE

Nous avons vu que, cliniquement, on peut tout au plus porter le diagnostic d'ulcère gastrique. C'est l'examen radiologique qui :

- confirmera le diagnostic;
- localisera l'ulcère à la région juxta-cardiaque.

Encore faudra-t-il apporter à cet examen une certaine minutie. Trop souvent en effet les ulcères juxta-cardiaques comme d'ailleurs les autres ulcères « cachés » dont nous avons parlé au début, ne sont pas décelés à un premier examen.

Lorsque le Médecin a porté le diagnostic d'ulcère il importe d'explorer minutieusement toutes les régions de l'estomac et du duodénum en pensant à ces « ulcères cachés ».

Il faut penser également à la possibilité d'ulcères multiples qui ne sont pas des raretés, en particulier les ulcères bi-orificiels, et ne pas arrêter l'examen après la découverte d'un premier ulcère.

Enfin on pratiquera les examens :

a) Au cours d'une période d'activité, la niche pouvant disparaître dans les périodes d'accalmies;

b) Au moins 48 heures après une hémorragie, les niches pouvant disparaître momentanément après une hémorragie.

Sans doute l'ulcère juxta-cardiaque peut se révéler par un accrochage de baryte au début de l'examen prenant l'aspect d'une tâche noire suspendue qui contraste fortement avec la clarté de la poche à air.

Mais pour explorer cette région haute de l'estomac, où la substance opaque ne fait que passer, il faudra examiner le malade dans des positions très diverses.

A la séance du 13-3-1939 de la Soc. de Gast.-Ento- de Paris, P. PORCHER précise la technique radiologique la plus favorable pour le diagnostic des tumeurs du pôle supérieur de l'estomac. — Les mêmes remarques peuvent s'appliquer au diagnostic des ulcères — et recommande d'examiner le sujet dans les cinq positions suivantes :

1. — Décubitus dorsal.
2. — Trendelenburg.
3. — Décubitus latéral gauche.
4. — Décubitus latéral droit.
5. — Position dite « prière mahométane ».

La position 4 permet de tapisser régulièrement l'extrémité supérieure de la petite courbure.

On réexaminera en position verticale en passant par les positions intermédiaires qui, permettront quelquefois de voir la région en couches minces.

CAUSES D'ERREURS.

Nous soulignerons tout particulièrement deux variétés d'aspect qui peuvent entraîner à des erreurs :

a) Au début du remplissage on peut voir une image de cancer bourgeonnant de la face postérieure au niveau du cardia. Cette image disparaît par malaxage de la poche gastrique (thèse de SOULA, Paris 1923).

b) MAINGOT a souvent signalé dans la région du cardia un réceptacle normal qui imprégné de baryte peut être cause d'erreurs : c'est la dépression en cuvette de l'arrière fond de la grosse tubérosité.

Enfin on aura à faire le diagnostic avec les diverticules, dont la symptomatologie se rapproche souvent beaucoup de celle de l'U. J. C. (deux cas de G. BONNET), les niches cancéreuses, les cancers du cardia.

Mais malgré toutes ces précautions « l'ulcère juxta-cardiaque reste d'une révélation radiologique des plus difficile » (P. DUVAL, J.-Ch. ROUX, H. BÉCLÈRE).

DIAGNOSTIC GASTROSCOPIQUE

La gastroscopie a permis de diagnostiquer de nombreux ulcères indécélables à la radio, ulcères plats par exemple, qui ne donnent ni niche ni tache suspendue.

Sur les huit ulcères juxta-cardiaques rapportés par DEBRAY sept ont été des découvertes d'endoscopie. Et il n'en est que deux qui par la suite ont pu être retrouvés à la radiographie. Ceci prouve bien qu'il n'y a pas uniquement défaut d'examen.

Mais l'étude de cette zone est très délicate car c'est une zone reflexogène par excellence. Il y a production de contractions gastriques avec nausées, rejets d'air, qui ne facilitent pas l'examen.

En outre l'objectif est presque au contact de la petite courbure. Les images sont floues ou agrandies comme vues à la loupe et l'on ne doit pas oublier d'en tenir compte.

On aura soin de varier l'inclinaison de la table, la position du tube, d'insuffler l'air lentement sans

brusqueries, d'explorer à l'aller en enfonçant le tube et au retour en le retirant.

Quelquefois l'ulcération ne sera vue qu'au moment où l'objectif quitte l'estomac.

Sur les huit U. J. C. observés par DEBRAY, il y en avait :

Trois dans le prolongement de la P. C.

5 sur le versant postérieur.

3 étaient typiques, dont 2 seulement furent retrouvés à la radio.

2 étaient fissuraires et 3 étaient plats; ces 5 derniers n'ont pas évidemment été retrouvés à la radio.

D'après Jean RACHET, l'ulcère apparaît sous la forme d'une perte de substance plus ou moins profonde arrondie, de couleur jaunâtre ou grisâtre, tranchant sur la teinte hyperhémisée de la muqueuse voisine. Son contour régulier n'offre aucune saillie mais semble taillé en pente douce dans la paroi gastrique.

Il est à noter que l'on peut passer à côté d'un ulcus profondément niché dans une vallée entre deux plis accentués de la muqueuse gastrique (fait assez rare d'ailleurs à la région juxta-cardiaque).

Autour de l'ulcère la muqueuse est vivement colorée, hyperhémisée, parcourue de nombreux vaisseaux dilatés et parsemée d'érosions multiples de la grosseur d'une lentille (gastrite ulcéreuse).

On comprend donc que, malgré des examens radiologiques et gastroscopiques minutieux, un bon nombre d'ulcères juxta-cardiaques ne sont pas décelés et ne que des découvertes d'interventions pratiquées pour présomption d'ulcères.

Et nous citerons pour terminer ces quelques lignes de DEBRAY :

« En résumé, relative fréquence, clinique impré-
« cise, exceptionnellement dysphagique, examen ra-
« diologique délicat et souvent négatif, relative dif-
« ficulté du diagnostic radioscopique qui reste cepen-
« dant la seule méthode capable d'apporter une pré-
« cision au diagnostic, en particulier la découverte
« des formes frustes ou fissuraires, telles sont les
« caractéristiques éventuelles de l'ulcère du cardia.

« L'endoscopie permet de les reconnaître plus faci-
« lement, mais LA RÉGION SOUS CARDIAQUE RESTE
« NÉANMOINS UNE DES ZONES LES PLUS DIFFICILES A
« EXPLORER ENDOSCOPIQUEMENT ».

TRAITEMENT

INTRODUCTION

Il est possible qu'on découvre un jour les causes réelles de la maladie ulcéreuse et un traitement médical à lui appliquer.

Pour l'instant, malgré les régimes stricts, le sous-nitrate de bismuth, les acides aminés, les extraits glandulaires, parathyroïdiens et autres, la vaccino-thérapie, l'autohémothérapie, voire le sérum... de convalescent, etc... les ulcéreux n'en gardent pas moins suspendues au-dessus de leur tête deux « épées de Damoclès » :

l'hémorragie foudroyante;

la perforation en péritoine libre;

sans parler de la cancérisation toujours possible.

Et les seuls moyens de leur éviter ces dangereuses éventualités relèvent de la chirurgie.

En ce qui concerne l'intervention à pratiquer, il suffit de parcourir les journaux de chirurgie de ces dernières années, pour se rendre compte qu'il ne se passe pas un mois sans que des chirurgiens, aussi bien

en France que dans les autres pays d'Europe et d'Amérique publient des travaux et des statistiques qui sont de véritables plaidoyers en faveur de la gastrectomie large.

Les divergences d'opinions portent sur des questions de technique, mais tous sont d'accord pour reconnaître que c'est là l'opération de choix et que les autres interventions, ou bien ont vécues ou bien n'ont pour indication que les contre-indications de la gastrectomie.

Nous ne prétendons pas que le traitement simpliste qui consiste à enlever du corps humain un organe parce qu'il est malade, satisfasse pleinement l'esprit.

Le Professeur GRÉGOIRE fait ironiquement remarquer dans un article du « *Paris Médical* » de décembre 1938 que la gastrectomie nous paraîtra peut-être un jour aussi stupide que l'amputation pour ulcère de jambe le paraîtrait aujourd'hui.

« Au dessus de la chirurgie, a dit Jean-Louis FAURE, il y a la Science qui nous en délivrera. »

Peut-être, mais « la Science. » n'en est pas encore là. Et tous les chirurgiens poseront volontiers leur bistouri lorsque nous aurons à notre disposition un produit d'efficacité égale à celle de la quinine dans le paludisme ou des dérivés sulfamidés dans la gonococcie.

LA GASTRECTOMIE TOTALE

La gastrectomie large serait donc le traitement idéal.

Mais pour un U. J. C. situé à moins de 3 cent. du cardia ce serait pratiquement être amené à faire une gastrectomie totale qui par définition empiète légèrement sur la portion œsophagienne.

Cette intervention est-elle possible et présente-t-elle un intérêt ici ?

Dans le « *Journal de Chirurgie* » d'août 1934, le Professeur DUCUING et ses collaborateurs exposent les conclusions de leurs travaux sur la gastrectomie totale : sa possibilité, ses techniques, ses dangers, ses indications.

Cette intervention qui consiste, après extirpation absolument totale de l'estomac, à anastomoser une anse jéjunale à l'extrémité inférieure de l'œsophage, oblige à travailler dans des conditions très difficiles.

L'œsophage abdominal, long de 3 cent. environ est situé très haut sous la coupole diaphragmatique dans

une région d'autant plus difficile à atteindre que l'angle costo-xypho-costal est plus fermé.

Si bien que certains auteurs ont proposé différentes résections de ces cartilages costaux pour permettre un abord plus facile. Mais on comprend aisément que ces interventions supplémentaires ne sont pas sans dangers.

Si l'on devait se contenter des 3 cent. de l'œsophage abdominal, il serait impossible d'effectuer une anastomose convenable avec une anse jéjunale. Fort heureusement il est relativement facile de libérer l'œsophage de ses adhérences avec le diaphragme, ce qui, permet de l'abaisser de plusieurs centimètres dans la cavité abdominale.

Mais cet abaissement est susceptible pour certains (KOCHER) de provoquer :

des troubles réflexes graves ;

des troubles de la nutrition des parois par étirement ;

des blessures de la plèvre qui entraînée par l'œsophage peut être lésée quand on libère les adhérences diaphragmatiques.

Ces dangers sont peut-être d'ailleurs plus théoriques que réels. Mais deux autres paraissent plus vraisemblables :

a) l'œsophage allongé à tendance à se rétracter et à tirer les sutures.

b) les pinces nécessaires pour tirer sur l'œsophage peuvent amener une nécrose locale, (inconvenient qui peut être supprimé si l'on conserve l'estomac comme tracteur pendant une partie de l'anastomose).

En outre l'allongement de l'œsophage nécessite la section des deux pneumo-gastriques qui le suivent l'un à la face antérieure, l'autre à la face postérieure et peut entraîner des troubles réflexes plus ou moins graves.

Une autre série de difficultés naît de l'absence partielle de péritoine au niveau de ce segment abdominal de l'œsophage comme nous l'avons montré plus haut. Les sutures séro-séreuses sont très difficiles. Elles sont très tendues et se déchirent assez souvent.

Nous avons vu également plus haut la mauvaise vascularisation de ce segment abdominal qui contribue à rendre la suture très fragile.

Voici donc rapidement indiquées les principales difficultés qui viennent s'ajouter à celles déjà grandes des gastrectomies normales. On comprendra aisément l'énorme mortalité des statistiques suivantes :

ROEDER (1937) qui en rapporte trois cas personnels a pu réunir 88 G. vraiment totales : 44 décès opératoires.

LAHEY (Boston 1938) 8 G. totales : 3 décès, soit 37 %.

ALLAN (Boston 1937) 15 G. totales : 7 décès, soit 47,3 %.

GISSEL (Rostock 1937) 26 G. totales : dont 22 pour cancer; 4 pour ulcère 18 décès, soit 69,2 %.

HOLST 7 G. totales, 1 mort, soit 14,2 %.

A signaler deux cas heureux de :

NÉTOUSECK et CARSKY de Bratislava, octobre 37. (ulcère calleux du cardia.)

Et de Paul BANZET Paris, juin 1937, (cancer juxta-cardiaque, 71 ans).

A ces statistiques nous ajouterons celles de :

BERG 6 G. totales pour ulcère juxta-cardiaque : 5 morts.

FINNEY 67 G. totales pour ulcère, 53,8 % de mortalité

qui semblent montrer que la gravité n'est pas moindre en cas d'ulcère;

soit mortalité moyenne de 50 % environ.

Nous citerons toutefois ici une réflexion de Paul BANZET (séance de la Soc. de G. Ent de Paris, 13-2-1939) :

« Je ne crois pas que la gastrectomie totale pré-
« sente en elle même une gravité considérable. Ce qui
« conditionne le pronostic ce n'est pas tant l'opéra-
« tion que l'état des malades qui la subissent ».

Et là encore nous voyons que la thérapeutique pré

et post-opératoire est peut être aussi importante que l'acte opératoire lui-même.

AVENIR DE LA GASTRECTOMIE TOTALE.

Pourra-t-on améliorer le pronostic de la G. totale que les statistiques ci-dessus montrent effroyables C'est très probable.

Une première remarque s'impose : presque toutes ces gastrectomies totales sont pratiquées pour des cancers. Or on sait que les cancéreux sont de grands intoliqués qui supportent mal les interventions chirurgicales.

Il est vraisemblable que ces opérés meurent le plus fréquemment :

En premier lieu de ce que l'on appelle : la maladie post-opératoire;

Ensuite de : péritonite par imperfection des sutures;

Embolies;

Complications pulmonaires.

Or devant ces quatre principales complications nous sommes loin d'être désarmés et la thérapeutique fait chaque jour de grands progrès.

Il existe des traitements efficaces de cette maladie post-opératoire surtout chez les non cancéreux qui ne

sont pas comme eux intoxiqués profondément et de longue date.

Nous ne ferons que citer l'apport qui doit être assez abondant de chlorure de sodium et d'eau par des solutions chlorurées hypertoniques et isotoniques — injection préalable d'extraits hépatiques pour stimuler le foie notamment dans sa fonction de transformation des polypeptides en urée. Peut-être un jour pourra-t-on appliquer une désensibilisation au choc polypeptidique.

Je ne manquerai pas de signaler ici les remarquables travaux de PIERRE BARDIN sur le Traitement préventif des embolies pulmonaires par l'atropine à hautes doses, l'éphédrine et le bicarbonate de soude (*Thèse de Paris*).

D'autre part, il est vraisemblable que l'on pourrait diminuer le nombre des complications pulmonaires peut-être par la vaccination pré-opératoire, tout au moins, ainsi que des expériences personnelles me l'ont montré, par les sulfamides qui peuvent être injectés et l'ozothine intraveineuse (produit tiré de la thérébenthine et qui agit par oxygénation).

En ce qui concerne les sutures, le Professeur DUCUING écrit : « Nous pensons qu'il faut attribuer à la mauvaise qualité des sutures presque tous les cas de péritonite. L'imperfection des sutures ne peut

malheureusement pas être considérée comme une faute de technique. Il s'agit en effet d'une fatalité biologique souvent inévitable ».

On demande trop à la technique proprement dite et pas assez à la THÉRAPEUTIQUE POST-OPÉRATOIRE, voire même pré-opératoire. Il est probable que si celle-ci était moins négligée on pourrait dans une notable proportion améliorer les statistiques.

Quoi qu'il en soit, si la gastrectomie totale est possible et a été assez souvent pratiquée, elle reste encore aujourd'hui grevée d'une mortalité considérable. Elle peut être tentée pour des cancers qui évidemment « autorisent toutes les audaces » mais jamais pour ulcères.

C'est là l'avis de l'immense majorité des chirurgiens et en particulier celui de DUCUING-SOULA et FRANKEL à la suite de leurs travaux sur la gastrectomie totale. (La G. totale chez l'homme, *J. de Ch.*, Août 1934).

CLASSIFICATION DES AUTRES INTERVENTIONS

Le Professeur DUCUING, GOUZI et MARQUÈS les classent ainsi :

1. — Moyens directs et limités attaquant l'ulcère :

a) destruction ignée : opération de Balfour ;

b) résection en coin ;

c) gastrectomie annulaire ;

d) résection de la moitié supérieure de l'estomac.

2. — Moyens combinés agissant directement et indirectement sur l'ulcère :

a) destruction ignée avec abandon du fond de l'ulcère, suture de la paroi. Gastro-entérostomie ou gastro-pyloréctomie ;

b) LA RÉSECTION EN GOUTTIÈRE DE POUCHET.

3. — Moyens indirects à but palliatif laissant l'ulcère en place :

RÉSECTION PALLIATIVE DE KELLING-MADLENER.

Les interventions du premier groupe, le Balfour excepté, sont très difficiles à exécuter en cas d'ulcère juxta-cardiaque et présentent, surtout la quatrième, à peu près les mêmes dangers que la gastrectomie totale.

Mais deux interventions présentent un intérêt capital :

LA RÉSECTION EN GOUTTIÈRE DE PAUCHET,

LA RÉSECTION PALLIATIVE DE KELLING-MADLENER.

Nous exposerons très schématiquement ces deux interventions et tout d'abord l'opération de Pauchet et ses variantes d'après GIBERT qui en a fait une très intéressante critique dans sa thèse et apporte la technique personnelle de son maître TOUPET.

Nous dirons en outre quelques mots d'une intervention de nécessité : LA GASTROTOMIE TRANPYLORIQUE pour alimentation duodénale des chirurgiens lyonnais. Cette opération, qui n'est que palliative, permet de rendre ultérieurement une gastrectomie possible.

LA RESECTION EN GOUTTIERE DE PAUCHET

C'est une résection annulaire combinée à une résection en selle de la région ulcéreuse, dont voici schématiquement les temps :

1°) Section première du duodénum;

2°) Section du petit épiploon — en dépassant les limites de la zone malade en haut et ligature de la coronaire;

3°) Section de l'estomac après pose d'un fil amarre sur le bout inférieur de l'œsophage;

4° Reconstitution de la P. C.;

5°) Rétablissement du transit gastro-intestinal par un PÉAN si le duodénum est large, un POLYA dans le cas contraire.

FINSTERER d'une part et JUDINE d'autre part ont légèrement modifié cette technique et font remonter plus haut leur résection vers le bord droit de l'œsophage.

Judine écrit : « Actuellement je redoute moins la gastrectomie pour U. J. C. car je sais comment m'en tirer dans les trois éventualités qui peuvent se présenter lors de l'opération suivant qu'il reste assez — ou pas assez — ou pas du tout d'étoffe gastrique ».

Lorsqu'il y a peu d'étoffe, Judine invagine le cardia et l'extrémité inférieure de l'œsophage dépéritonisé en employant parfois des techniques qui sont de véritables acrobaties opératoires.

Pour GIBERT ces deux techniques ont le tort de sectionner trop tôt l'estomac, se privant ainsi de

« l'estomac tracteur » et de dépasser les limites de la zone malade en haut.

TOUPET a montré que l'ablation de la zone cal-leuse était inutile et dangereuse, il reproche en outre à Judine sa suture de la P. C. de bas en haut du facile au difficile, alors que l'inverse est plus logique et plus simple.

Les principales caractéristiques de la TECHNIQUE de TOUPET et GIBERT sont les suivantes :

1°) *conservation de l'estomac tracteur* qui facilite la ligature de la coronaire, la résection et la réfection de la P. C., l'anastomose gastro-jéjunale après laquelle seulement on sectionne l'estomac.

2°) *La gastrotomie exploratrice préalable :*

a) elle précise les diagnostics en cas de petits ulcus difficiles à sentir à la palpation.

GIBERT insiste sur les services par le signe de la « Rosée sanglante ». On frotte le point douteux avec une compresse. En cas d'ulcère, il apparaît une multitude de gouttelettes sanglantes. Ce signe ne se serait jamais trouvé en défaut.

b) elle permet d'étudier les caractères de la lésion, son étendue en surface, son niveau exact sur la P. C. et en particulier sa limite supérieure par rapport au cardia.

3° *Résection minima vers le haut.*

GIBERT insiste sur le fait qu'il n'est pas nécessaire d'enlever toute la zone calleuse qui entoure l'ulcère. Dans la portion comprise entre l'ulcère et le cardia la zone calleuse doit être laissée en place.

Et il répond à deux critiques :

a) Le tissu calleux serait une lésion pré-cancéreuse. D'abord ce n'est pas prouvé et si on l'enlève on est amené à faire une gastrectomie totale. Il reste à choisir entre le risque de cancérisation problématique et celui de la G. totale certain et immédiat.

b) Le tissu calleux ne se souderait pas facilement. TOUPET a montré qu'il se soudait parfaitement. D'ailleurs il suffit de voir les sujets opérés d'ulcères perforés qui ne meurent pas d'insuffisance des sutures quel que soit le mode de suture employé.

4°) *La suture inversante.*

En adossant d'emblée les tranches gastriques séreuse à séreuse. Procédé qui demande peu d'étoffe et réalise une étanchéité absolument parfaite.

On fait un plan total, puis un plan séreux qui n'a plus d'ailleurs un rôle d'enfouissement. Il n'est qu'une sécurité supplémentaire et on peut même se demander s'il est nécessaire.

FREQUENCE DES ULCERES IRRESEQUABLES

Tous les ulcères juxta-cardiaques sont-ils réséquables ?

Certainement pas tous, quelle que soit la perfection de la technique et la virtuosité opératoire du chirurgien.

L'exploration de la région juxta-cardiaque n'est pas facile, il est nécessaire d'avoir une bonne anesthésie, de bons écarteurs, une lordose suffisante. La dissection de proche en proche permet de libérer les adhérences et de préciser la limite supérieure de l'ulcère. Il est capital de différencier ce qui est l'ulcère de ce qui est l'infiltration péri-ulcéreuse.

On a souvent intérêt à recourir à l'exploration endogastrique préconisée par TOUPET qui n'abandonne une résection pour U. J. C. qu'après cette manœuvre.

FINOCHIETTO n'entreprend une résection que lorsque la gastrotomie exploratrice lui a prouvé qu'il existait 15 à 20 mm. de muqueuse entre l'orifice du cardia et le cratère ulcéreux.

ZUCKSCHWERDT et HORSTMANN distinguent les ulcères juxta-cardiaques sans aucune participation œsophagienne et ceux atteignant l'œsophage. Seuls ces derniers entraîneraient une gastrotectomie totale.

Le Docteur LUQUET, collaborateur de PAUCHET, signale comme contre-indication l'anesthésie insuffisante (opération impossible quand le malade pousse). Le thorax étroit (importance de l'angle costo-xiphocostal signalée plus haut).

La fréquence des U. J. C. non réséquables serait (pour LÉVISOHN par exemple) de 20 %.

En réalité la résection en gouttière de PAUCHET permet d'extirper un bien plus grand nombre d'U. J. C., mais ces statistiques la méconnaissent.

TOUPET sur 46 ulcères juxta-cardiaques doit se contenter 3 fois d'interventions économiques, soit environ :

6 % d'ULCÈRES IRRÉSÉQUABLES.

GASTRECTOMIE LAISSANT L'ULCERE EN PLACE

En 1923, MADLENER imagina de faire pour l'ulcère juxta-cardiaque une intervention indirecte du genre de celle que FINSTERER avait appelé, pour les ulcères inextirpables du duodénum : GASTRECTOMIE POUR EXCLUSION.

Il faut noter toutefois que les premières observations remontent à KELLING en 1918 et que WELLS de Liverpool en 1930 a exécuté 4 fois cette opération sans connaître les travaux allemands sur la question.

Cette intervention consiste à réséquer une partie de l'estomac située en dehors de l'ulcère mais comprenant — notion capitale — la TOTALITÉ DE L'ANTRE.

On ne peut parler pour l'U. J. C. de resection pour exclusion terme classique, puisque l'ulcère n'est pas exclu du trajet digestif.

L'autre terme classique de resection palliative paraissait à FINSTERER vraiment péjoratif.

Le nom proposé par LERICHE de « GASTRECTOMIE POUR RÉDUCTION D'ACIDITÉ » a l'avantage de définir le

caractère de cette opération mais, pour certains, le tort de « faire de la pathogénie ».

Celui de « GASTRECTOMIE LAISSANT L'ULCÈRE EN PLACE » proposé par MONSAINGEON dans sa thèse a l'avantage de ne préjuger en rien des conséquences chimio-physiologiques de cette intervention, ce qui est peut-être préférable.

LIMITES DE LA RÉGION ANTRALE

L'expérience a montré que les bons résultats dépendaient de l'extirpation complète de la région antrale (l'antra a une sécrétion alcaline mais tiendrait sous sa dépendance la sécrétion acide de la région fundique).

Or, la région antrale n'a pas de limite anatomique mais seulement histo-physiologique et le chirurgien n'a pas de repères précis pour fixer l'étendue de son exérèse.

MONSAINGEON expose dans sa thèse divers essais de coloration de la muqueuse antrale par injection, avant l'opération, de colorant s'éliminant par voie gastrique.

Les limites de la surface seraient ainsi nettement indiquées au chirurgien qui aurait la certitude de pouvoir en enlever la totalité et d'obtenir ainsi le maximum de succès.

RESULTATS DE LA GASTRECTOMIE LAISSANT L'ULCERE EN PLACE

Les résultats de cette intervention son excellents.
MONSAINGEON en a réuni 127 observations ayant
donné les résultats suivants :

3 morts	}	embolie pulmonaire 19 ^e jour
		défaillance cardiaque et gangrène
		pulmonaire
		péritonite
24 résultats médiocres,		
100 bons résultats,		
soit 79 % de succès.		

L'examen radiologique pratiqué par MADLENER, MILNES WALKER dans 7 cas, WELS dans 4 cas, ont montré une disparition progressive des images ulcéreuses.

La guérison clinique semble incontestable.

MADLENER (Zentralblat F. ch. 18-2-39 publie les résultats de 29 interventions pour U. J. C. laissés en place. Tous les opérés ont guéri. 27 ont été revus après trois ans, ils ont repris leur travail et sont satisfaits du résultat. Ils ne suivent aucun régime pour la plupart : deux ont quelques troubles gastriques.

Aucun n'a présenté de persistance ou de reprise du syndrome ulcéreux.

MILNES WALKER a eu 8 résultats excellents sur 10, ses malades ne suivent aucun régime.

La guérison anatomique ne semble pas moins certaine. En effet HILAROWICS, de Lwow, au cours d'une autopsie pratiquée après une mort subite au 19^e jour, a constaté un processus de cicatrisation active.

POTOTSCHNIG a constaté également à l'autopsie d'un sujet mort d'une affection intercurrente — 22 jours après l'intervention — un ulcère en voie de disparition.

Enfin, nous ferons remarquer — ainsi que nous le signalait le Docteur LUQUET dans une lettre personnelle — que l'opération de KELING-MADLENER semble plus indiquée dans les U. J. C. que dans les ulcères haut situés de la P. C. car on peut dans ce cas sectionner plus haut la petite courbure, ce qui est capital pour enlever la totalité de l'antre.

En outre, pour certains, on ne signalerait pas, après cette opération, d'ulcères peptiques comme après les gastro-entérostomies et les gastrectomies.

La critique la plus importante que l'on puisse faire à cette opération, c'est que laissant l'ulcère en place celui-ci peut : saigner, se perforer, se Cancériser.

Cependant les hémorragies et les perforations sont très rares après interventions.

Par contre on connaît quelques cas de Cancérisa-

tion. Tout au moins des diagnostics de cancers ont été faits après opérations de KELLING MADLENER pour U. J. C. (reste à savoir si la lésion n'était pas primitivement maligne).

C'est un risque qui n'est pas à comparer avec celui de la gastrectomie totale où la mortalité est de 50 %.

Ainsi que le fait justement remarquer KELLING :
« La cancérisation possible n'est qu'un argument de plus pour exiger au qualificatif d'ulcère inextirpable une définition précise ».

On devra en outre se rendre aussi certain que possible que l'on n'a pas déjà affaire à un cancer, auquel cas la gastrectomie totale serait justifiée.

GASTROTOMIE TRANSPYLORIQUE

Nous citerons maintenant une autre intervention qui permet à des ulcéreux arrivés à un état de cachexie telle que toute opération importante ne saurait leur être proposée, de retrouver rapidement un état général normal et de pouvoir bénéficier ultérieurement de l'intervention chirurgicale.

Dans une communication à la Société de Chirurgie de Lyon, du 30 mars 1939, PEYCELON et CHEVALIER rapportent 3 cas d'ulcères très haut situés, extrêmement adhérents, soit au diaphragme, soit au pancréas. Ils insistent sur leur extrême gravité et sur les difficultés opératoires en pareil cas, gravité causée d'une part par le mauvais état général de ces malades, par la sous-alimentation volontaire, par des hémorragies abondantes et répétées, d'autre part par des difficultés techniques.

PEYCELON et CHEVALIER préconisent dans ce cas de recourir plutôt qu'à la gastrectomie laissant l'ulcère en place, trop dangereuse dans ces états cachectiques, à la GASTROTOMIE TRANSPYLORIQUE préconisée

par DELORE et SANTY comme premier temps d'une gastrectomie.

MALLET-GUY insiste à cette même séance sur les avantages de cette intervention.

A la séance du 27 Avril 1939, SANTY revient sur cette opération qu'il a proposée dès 1920 et utilise depuis pour le traitement des gros ulcères adhérents et qui consiste en :

LA MISE AU REPOS COMPLÈTE ET PROLONGÉE DE L'ESTOMAC PAR L'ALIMENTATION DUODÉNALE A L'AIDE D'UNE SONDE TRANSPYLORIQUE.

On obtient ainsi, grâce à la possibilité d'une alimentation suffisante :

- une reprise du poids chez ces malades cachectiques,
- du côté de l'ulcère : la disparition des phénomènes infectieux et de l'œdème péri-ulcéreux,
- une diminution de ses dimensions, parfois sa cicatrisation,
- certains ulcères bouchés arrivent à se libérer de plans profonds.

« Ce n'est, dit SANTY, qu'après deux à trois mois, quelquefois davantage, de cette mise au repos, lorsque de nombreux clichés radiologiques montrent l'amélioration des lésions, la diminution notable ou la dispa-

rition des déformations de la niche, l'amélioration de l'état général, que j'accepte de réintervenir et de pratiquer la gastrectomie. »

Et l'auteur rapporte plusieurs observations de malades inopérables de par leur état général et l'extension de leurs lésions et qui, après trois et cinq mois d'alimentation par la sonde ont pu supporter une intervention, dont ils n'auraient pu faire les frais auparavant.

Les inconvénients sont de deux ordres :

Techniques :

Durée plus grande du traitement.

Règles strictes à respecter, en particulier alimentation goutte à goutte presque continue.

9 D'où nécessité du milieu hospitalier.

Moral :

Nécessité de convaincre de l'obligation de ce long traitement pré-opératoire le malade qui souffre de la suppression de l'alimentation buccale.

Mais ce premier temps — car c'est seulement comme premier temps d'une gastrectomie que l'on peut considérer cette intervention comme une opération curative — éloignant totalement l'ulcère du milieu digestif rend possible une gastrectomie ultérieure.

SANTY cite le cas d'un malade qui, à son arrivée

dans le service, n'était plus qu'une loque humaine anémiée à 2 millions de globules rouges, squelettique, présentant des lésions tellement étendues à toute la P. C. que la gastrotomie elle-même fut difficile à réaliser.

Après deux mois et demi d'alimentation à la sonde, elle avait atteint 4 millions de globules rouges. A l'opération l'ulcère tenait encore au pancréas mais fut libéré facilement.

Et SANTY conclut : « Toute tentative d'exérèse
« avant l'alimentation duodénale aurait exposé cette
« malade à des risques dont elle était incapable de
« faire les frais. Je crois donc que malgré les progrès
« accomplis dans tous les domaines de la gastrecto-
« mie, il est encore nécessaire dans les ulcères très
« étendus, de diviser les risques et malgré les quel-
« ques inconvénients inhérents à une méthode qui
« exige du temps et des soins spéciaux, l'alimentation
« duodénale apparaît comme le plus sûr moyen
« d'abaisser la mortalité de ces exérèses difficiles. »

Cette intervention préconisée par les auteurs lyonnais pourra rendre de grands services dans les ulcères juxta-cardiaques diagnostiqués souvent trop tard, alors qu'ils sont déjà trop adhérents et trop étendus et qu'ils ont déjà retenti assez sur l'état général pour qu'on hésite à pratiquer d'emblée une gastrectomie.

A la Société de Chirurgie de Lyon du 26 Octobre 1931, P. WERTHEIMER avait présenté un cas d'*ulcère juxta-cardiaque* guéri au bout de 7 mois par gastrotomie transpylorique.

Une radio faite un an après avait montré un ulcère cicatrisé.

A cette même séance, SANTY, rappelant qu'il avait préconisé cette méthode, ajoutait qu'elle ne suffisait pas toujours à guérir définitivement l'ulcère.

TRAITEMENT DES ULCERES JUXTA-CARDIAQUES PERFORES EN PERITOINE LIBRE

On ne peut pas dire que ce soit là la complication la plus redoutable qui menace les ulcéreux, car on est tout de même mieux armé contre elle que contre l'hémorragie foudroyante. Mais elle réclame l'intervention de toute urgence.

La fréquence est à peu près la même que pour les autres ulcères. 5 % des ulcères perforés sont juxta-cardiaques (MONDOR et LAURET).

Le diagnostic de localisation ne peut être fait avant l'intervention.

Nous signalerons que l'on peut avoir une symptomatologie sous-phénique gauche exclusive — ce qui ne facilite pas le diagnostic. Ventre ouvert on n'oubliera pas que la perforation peut être punctiforme — que les perforations multiples ne sont pas extrêmement rares.

Au point de vue conduite à tenir : *Résection d'emblée* ou *Enfouissement*.

Presque tous les chirurgiens sont d'accord pour rejeter la résection d'emblée (sauf peut-être dans les toutes premières heures). A plus forte raison doit-on la rejeter pour un U. J. C. où elle est considérablement plus délicate.

Donc : *Enfouissement*. Mais il pourra être rendu très difficile en cas d'ulcère calleux volumineux, la région ne permettant pas de faire de grandes plicatures en raison du calibre du canal cardiaque.

On se verra parfois dans l'obligation de faire un seul enfouissement au lieu de deux superposés. On recouvrira l'épiploon aussi soigneusement que possible.

On drainera au Douglas, sauf si l'on opère dans les premières heures.

Ultérieurement, devra-t-on réintervenir ?

C'est par la surveillance clinique et radiologique qu'on en décidera.

Sans entrer dans des théories discutables et soutenir que l'ulcère perforé est arrivé au stade final de son évolution et ne donne plus signe de vie par la suite, il est certain tout de même qu'assez souvent tout se passe comme s'il en était ainsi. Malheureusement pas toujours.

NOTE SUR L'ANESTHESIE

Nous ne pensons pas qu'on puisse parler de chirurgie gastrique sans dire un mot de l'anesthésie.

Nous sommes persuadés qu'ici comme ailleurs l'ÉTHÉR, à condition de le donner avec du gaz carbonique, est l'anesthésique de choix. Le CO^2 , outre de nombreux autres avantages, permet de réduire la quantité d'éther inhalé et à la fin de l'opération, en provoquant une respiration rapide et ample, de vider complètement et rapidement l'organisme de l'éther absorbé (réveil des opérés avant la sortie de la salle d'opération) et de déplier complètement les alvéoles pulmonaires évitant ainsi la congestion passive.

A l'hôpital de Saint-Denis, dans le service de notre Maître le Docteur DE VADDER où toutes les anesthésies de chirurgie gastrique — comme les autres d'ailleurs — étaient pratiquées avec éther + CO^2 , les complications pulmonaires étaient extrêmement rares au point qu'en deux ans nous ne nous souvenons pas d'en avoir vu une seule sérieuse.

Une des conditions indispensables pour pratiquer une bonne intervention sur l'estomac — et surtout l'opération de Pauchet — est que le malade ne pousse pas. Avec une canule de Mayo bien placée, (en cas de nécessité seulement) un apport de CO^2 convenable,

nous sommes persuadés qu'on peut obtenir dans l'immense majorité des cas « un silence abdominal » aussi parfait qu'avec le chloroforme ou la rachianesthésie... et à moins de risques, sans parler du Schleich qui semble réunir les inconvénients de ses trois composants.

Reste évidemment l'anesthésie locale à la Novocaïne qui pourrait être le mode d'anesthésie idéal. Cependant elle est souvent mal supportée par les malades émotifs et, pour de nombreuses raisons qui nous entraîneraient hors de notre sujet, elle n'est ni plus pratique, ni peut-être moins dangereuse.

CONCLUSIONS

Le traitement chirurgical des ulcères juxta-cardiaques se résume donc à ces deux interventions :

Extirpation de l'ulcère par OPÉRATION DE PAUCHET, type TOUPET-GIBERT,

GASTRECTOMIE LAISSANT L'ULCÈRE EN PLACE.

En cas de lésions volumineuses et très adhérentes avec état général déficient : GASTROTOMIE TRANSPYLORIQUE comme premier temps.

La première de ces interventions donnait dans les mains de PAUCHET lui-même (statistique de 1927) 15 % de mortalité, mais PAUCHET ne lui reconnaissait aucune contre-indication et opérait tous les cas.

Les statistiques actuelles donnent certainement un pourcentage bien plus faible.

Cependant cette opération reste grave. Et l'on peut se demander dans quelle mesure elle doit céder le pas à l'opération de KELLING-MADLENER laissant l'ulcère en place, bien moins grave et qui semble donner d'excellents résultats. Elle commence à se répandre en

France et le danger paraît être son extension abusive comme en Europe centrale où l'on tend à la pratiquer pour des ulcères justiciables d'une gastrectomie large, seule susceptible de supprimer le danger de cancérisation.

Il semble logique de réserver l'opération de KEL-LING-MADLENER, aux cas où l'opération de PAUCHET se montre trop dangereuse : ulcère trop haut situé, trop adhérent, thorax étroit...

NÉCESSITÉ

DE L'INTERVENTION PRÉCOCE

Mais pour abaisser le pourcentage de mortalité, encore trop élevé de cette statistique, on devra lutter contre cette erreur monumentale qui consiste à admettre qu'il n'y a lieu d'opérer qu'après échec du traitement médical.

C'est ainsi que des auteurs tels que M. G. BROHÉE (*Le Scalpel*, 4 Sept. 1937) soutiennent encore qu'il ne faut envoyer aux chirurgiens que l'ulcère compliqué, c'est-à-dire :

« L'ulcus invétéré, calleux, très douloureux, ayant résisté longtemps aux traitements médicamenteux et diététiques bien suivis.

« L'ulcus ancien... manifestant des symptômes de périviscérite intense ou de perforation ouverte dans les organes voisins.

« L'ulcus à petite hémorragie répétée et affaiblissant fortement le malade.

« L'ulcus ayant donné une ou deux hémorragies graves.

« L'ulcus déformant, l'ulcus sténosant... »

Attendre un stade aussi avancé, c'est opérer un sujet affaibli par des hémorragies qui passent souvent inaperçues, par une sous-alimentation souvent volontaire, un sujet dont l'équilibre nerveux est perturbé, comme c'est le cas de tous les gastriques. C'est parfois attendre un état de dénutrition voisin de la cachexie.

Et l'on voudrait alors s'étonner des échecs parfois dramatiques de la chirurgie gastrique en pareils cas !

Nous pensons au contraire qu'il faut opérer le plus précocement possible, aussi précocement que le permet la difficulté du diagnostic, lorsque le sujet est encore en bon état physique et que :

LES INDICATIONS DU TRAITEMENT MÉDICAL NE SONT QUE LES CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL pour :

Déficiences sérieuses de l'état général,

Refus du malade de se faire opérer.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

En conclusion de cet exposé que les circonstances actuelles ont rendu incomplet, nous soulignerons les points suivants :

I. — Parmi les ulcères rares de l'estomac : « ulcères gastro-duodénaux cachés » (DUCUING), les **ULCÈRES JUXTA-CARDIAQUES** tiennent une des premières places par leur fréquence et surtout parce qu'ils offrent au chirurgien les problèmes thérapeutiques les plus compliqués.

II. — Nous définissons la zone juxta-cardiaque de l'estomac comme étant les **TROIS CENTIMÈTRES SUPÉRIEURS DE LA PETITE COURBURE ANATOMIQUE AVEC LES VERSANTS ANTÉRIEUR ET POSTÉRIEUR.**

Trop souvent on dénomme ulcères juxta-cardiaques des ulcères situés à 4 ou 5 cm. au-dessous du cardia et qui ne sont que des ulcères haut situés de la **P. C.**

III. — Malgré de nombreux apports sanguins venant de la diaphragmatique inférieure gauche, pour

une faible part, de la *coronaire stomachique* par le tronc œsophago-cardio-tubérositaire et des rameaux directs, enfin de la branche de bifurcation de la coronaire située au contact de la P. C., cette région est assez mal vascularisée par des rameaux trop fins, surtout près de l'œsophage.

Elle est en outre dépourvue de péritoine en arrière et pour ces deux raisons rend les interventions chirurgicales à son niveau plus graves.

IV. — Le diagnostic de localisation de l'ulcère à la région juxta-cardiaque est extrêmement difficile à faire malgré les renseignements précieux fournis par les examens radiologiques et la gastroscopie.

V. — Les U. J. C. peuvent, avec sensiblement la même fréquence que les autres ulcères, donner des hémorragies graves, se perforer en péritoine libre et se cancériser.

AU POINT DE VUE THÉRAPEUTIQUE

I. — Le traitement médical n'est pas plus actif que pour les autres ulcères de l'estomac et ne semble indiqué que si l'on renonce pour une raison quelconque à l'intervention chirurgicale.

II. — La GASTRECTOMIE LARGE, traitement idéal des ulcères gastriques, ne peut être pratiquée ici, car il faudrait faire une G. totale, c'est-à-dire une G. em-

piétant sur l'œsophage (opération disproportionnée avec la gravité de l'affection puisque sa mortalité serait de 50 % environ).

La G. TOTALE doit être réservée aux cancers gastriques pour lesquels, étant donné le pronostic fatal, toutes les audaces sont permises.

III. — Parmi les autres interventions possibles, deux seulement ont un réel intérêt et semblent se partager la faveur des chirurgiens :

Soit : LA RÉSECTION EN GOUTTIÈRE DE PAUCHET avec les différentes modifications de technique apportées surtout par TOUPET et GIBERT.

qui réalise l'ABLATION DE L'ULCÈRE.

Soit L'OPÉRATION DE KELLING-MADLENER : Gastrectomie laissant l'ulcère en place (opération pratiquée également pour les ulcères duodénaux avec l'avantage, en plus, dans ce dernier cas, de réaliser l'exclusion de l'ulcère).

Cette opération à une raison plus physiologique et plus pathogénique que la précédente puisque son but est la guérison de l'ulcère par « réduction de l'acidité gastrique » (R. LERICHE).

IV. — A côté de ces deux interventions curatives, nous placerons la GASTROTOMIE TRANSPYLORIQUE pour alimentation duodénale, préconisée par les auteurs lyonnais, opération essentiellement palliative, que l'on

peut considérer comme un premier temps destiné à permettre ultérieurement l'une des deux interventions précédentes.

V. — Toutes les deux donnent d'excellents résultats. Et il semble logique de pratiquer aussi souvent qu'il est raisonnablement possible, mais non pas systématiquement, la résection en gouttière de PAUCHET (avec la technique de TOUPET-GIBERT) étant certain d'éviter ainsi à coup sûr :

Hémorragie, Perforation, Cancérisation,

Et de réserver l'opération de KELLING-MADLENER aux cas où l'opération de PAUCHET sera jugée dangereuse :

Soit pour des raisons anatomiques,

Soit que le chirurgien, tombant sur une localisation juxta-cardiaque imprévue, ne se sente pas capable d'exécuter avec toute la perfection absolument nécessaire cette opération très délicate.

Car pratiquement c'est au chirurgien de décider en dernier ressort et ventre ouvert, la lésion en main, de l'opération à pratiquer, suivant l'anatomie-pathologique de la lésion et ses capacités personnelles.

On n'a pas coutume de considérer ce dernier facteur dans une discussion de cet ordre, et pourtant, en pratique, il joue.

Et, d'ailleurs, R. LERICHE lui-même n'a-t-il pas

écrit : « La gastrectomie a d'autant plus d'indications qu'on sait mieux la faire ».

VI. — Le danger à éviter semble être l'extension trop importante des indications de la GASTRECTOMIE LAISSANT L'ULCÈRE EN PLACE au détriment de la RÉSECTION EN GOUTTIÈRE DE PAUCHET, pour des raisons de doctrine ou parfois de simplicité.

Et c'est ce qui se passe déjà dans certains pays, en Europe Centrale notamment, où l'on a même proposé l'opération de MADLENER pour des ulcères facilement réséquables.

Il importerait de bien préciser le caractère d'inextirpabilité des ulcères. La fréquence des ulcères juxta-cardiaques irréséquables a été nettement exagérée par des statistiques de chirurgiens d'Europe Centrale qui semblaient méconnaître les possibilités de l'OPÉRATION DE PAUCHET.

Nous n'oublierons pas que « la cancérisation toujours possible n'est qu'un argument de plus pour exiger au qualificatif d'ulcère inextirpable une définition précise » (KELLING).

Cependant, nous n'oublierons pas non plus que l'opération de PAUCHET, même dans les mains de ses meilleurs élèves les mieux rompus à sa technique, reste une opération grave et nous saurons la proposer et la pratiquer qu'après avoir parfaitement apprécié

ce facteur encore mal défini, mais primordial, qu'on appelle vulgairement « le degré de résistance du malade » et pris préventivement toutes les précautions nécessaires pour mettre de notre côté le maximum de chances de succès.

Et, pour terminer, nous nous élevons contre *cette* erreur qui consiste à ne reconnaître l'utilité de l'intervention qu'après échec du traitement médical, c'est-à-dire trop tard, sur un sujet plus ou moins cachectique.

Nous pensons au contraire que celui-ci doit être réservé aux seuls cas qui, pour une raison quelconque ne peuvent bénéficier des bienfaits de la chirurgie.

Vu
Le Doyen :
A. BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
MONDOR

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BANZET (P.). — Un cas heureux de G. totale (71 ans).
(*Mem. Ac. Ch.*, 30 juin 1937).
- BAUER. — Ulcère de grande courbure. (*Thèse Paris* 1938).
- BONNET (G.). — Diverticule juxta-cardiaque à sympt.
ulcéreuse. (*Soc. Ch.*, avril 1934).
- CHAPUY. — Diff. localisations des U. G. D. (*Lyon Médical*,
29 mai 1938).
- CHARRIER (J.). — A propos des gastrectomies complètes.
(*S. N. Ch.*, 1935).
- CHATON et STERN. —
- CHAUSSE. (P.). — Cure radicale des U. G. haut situés.
(*Th. Paris* 1929).
- COMTE et LABRY. — Ulc. doubles biorificiels du pylore et
du cardia. (*Lyon Médical*, novembre 1935).
- CORMATY. — U. de grande courbure. (*Th. de Marseille*
1937).
- DEBRAY. — Formes atypiques des U. G. D. sous contrôle
de gastroscopie. (*Th. Paris* 1937).
- DIDIER-BOMPARD. — Trait. des U. haut situés de P. C.
(*Journal Int. de Ch.*, août 1938).

- DUCUING ET FRANKEL. — La gastrectomie totale chez l'homme. (*J. de Ch.*, août 1934).
- DUCUING-GOUZI et MARQUÈS. — Les U. G. D. peu connus : ulcères cachés. (*Technique Chirurgicale*, mai 1938).
- DUMOULIN. — Ulcères juxta-cardiaques. (*Thèse de Paris* 1924).
- FINOCHIETTO et ZAVOLETTIA. — Ulc. élevés de l'estomac. (*Revue Médicale Latino-Américaine*, mars 1937).
- GIBERT. — Contr. à étude gastrectomies dans ulc. haut situés de P. C. (*Thèse de Paris* 1937).
- GIRONCOLI. — Trait. des Ulc. juxta-cardiaques. (*Riforma medica*, 1933).
- GOUZI. — Œsophage sous-diaphragmatique. Contr. étude G. totale chez l'homme. (*Thèse Toulouse* 1936).
- GUÉRIN. — Ulcère juxta-cardiaque. (*Thèse de Lyon* 1919-1920).
- HAMANT. — Ulc. juxta-cardiaque et méthode de Balfour. (*Revue Médicale de l'Est*, juillet 1922).
- HILAROWICZ. — Trait. des ulc. haut situés P. C. (*Zbl.*, 1930).
- HILAROWICZ. — Trait. chirur. ulcère peptique du cardia. (*Polska Gazetta Lekarsta*, octobre 1930).
- KELLING. — Traité des Ulcères juxta-cardiaques. *Zbl.* 1924).
- KOCK. — Trait. des ulcères non reséquables. (*Zbl* 1933).
- LAHEY (Boston). — Gastrectomie totale (5 succès). (*Surgery Gyn and obstetric*. Août 1938).

LAMARE et LARGUET. — Réflexions à propos de la Gastrectomie. (*Bull. méd.* Nov.-Déc. 1934).

LARDENNOIS et BRAINE. — Prénospasme lié à un ulcère sous cardiaque. (*Soc. Ch.* Juin 1923).

LAURET. — *Thèse* Paris 1921.

LERICHE (René). — A propos de 42 gastrect. pour réduction acidité. (*Soc. ch. Lyon* 1937).

— Gastrec. pour réduction acidité. (*Lyon Chir.*, 1935).

— 2 antrectomies totales pour réd. acid. (*Gaz. Méd. Fr.* 1935).

— Mensuration des gastrec. larges. (*Science médicale pratique*, Octobre 1932).

— Réflexions sur Ev., Nat., et Trait. des ulcères d'Estomac. (*Presse Médicale*, 1933, n° 62).

LOEPER et MARCHAL. — Le diagnos. topogr. des Ulc. de l'estomac. (*J. M. Fr.* 1933).

LOHMANN. — Le radiognos. des petits Ulc. juxta-cardiaques. (*Roentgentherapie* 1936).

LUQUET. — *Rev. de Ch.* Mai 1937.

— Point de tech. de gastr. (*Techn. chir.* 1937).

— Lettre personnelle.

MADLENER. — Résection palliative pour U. gastr. (*Zbl. f. Ch.* 1927-1929).

— Pylorectomie dans ulc. loin du pylore. (*Zbl. f. Ch.* 1923-1929).

- MALVEZIN. — Ulc. hauts situés face postérieure estomac. (*Th. Paris* 1938).
- MILNES WALKES (R.). — La Techn. ch. dans U. G. haut situé (10 g. pour exclusion). (*The British Med. Journal*, Novembre 1936).
- MONDOR et LAURET. — Ulcères perforés.
- MONSAINGEON. — Gastrectomie laissant l'ulcère en place. (*Th. Paris* 1939).
- MOUTIER (F.) et DEBRAY. — La région juxta-cardiaque de l'estomac en gastroscopie. (*Presse médicale*, Mars 1938).
- MOORE. — Lésion bénigne dans région du cardia. (*The J. of american Association*, 1930).
- MULLER. — Ulc. Est. portion cardiaque de P. C. (*Loire médicale*, février 1935).
- MUGNERY. — *Thèse* de Lyon 1925.
- MOURGUES (J. de). — *Thèse* de Lyon, 1933.
- NETOUSECK et CARSKY. — G. totale pour ulc. calleux cardia. (*Bratislava lekarske*, 1937).
- NIORI. — Trt. Ulc. haut situé de P. C. (*Riforma medica*, 1933).
- NISSSEN. — Hernie diaphragmatique pour ulcère cardia. (*Bull. soc. Turque Méd.* (Jour. chir. 1938).
- Résection transpleurale du cardia : ulc. hémorragique-guérison. (*Deutsch zeitschrift f. ch.* 1937).
- NOVARO (R.). — Ulc. juxta-cardiaque estomac — (*Th. de Bunes-Aires*, 1928).

PAUCHET (V.). — Trait. des ulcères juxta-cardiaques.
(*Paris Chir.*, juillet 1923) .

— Trait. Ulc. gastriques haut situés. (*Presse médic.*,
mars 1928).

PEYCELON (R.) et CHEVALIER. — *Soc. chir. Lyon*, 30 mars
1939. (*Lyon Chir.* 1939, n° 5).

RACHET (J.). — *Thèse* de Paris.

RIEDER. — Nouveau clamp pour ulc. juxta-cardiaques.
(*Zbl. ch.* Août 1935).

ROUX (J.). — Le segment cardio-œsophagien. (*Rev. Broncho-Œsoph.-gastroscopie*).

SANTY. — Gastrotomie transpylorique. (*Soc. Chir. Lyon*,
27 avril 1939). (*Lyon Chir.* 1939, n° 5).

SMILER. — Trait. Ulc. juxta-cardiaque. (*Med. Klin.* 1934).

TADDEI. — Trait. Ulc. haut situé de P. C. (*Riforma médica.* 1933).

TOMODA. — Ulc. Gr. courbure estom. (*Zbl. f. Ch.* 1938).

TOUPET et KELLEN. — Ulc. Gastr. haut situé. (*Arch. mal. app. digestif.* 1927).

TOYE-LAZARIN. — Ulc. Duod. post bulbaires. (*Th. de Montpellier* 1937).

VALLEJO. — Ulcère du cardia. (*La medicina Ibéra.* 1936).

VASELLE. — Diagn. de localisation des U. G. D. (*Thèse de Paris* 1922).

WELLS. — Opération pour ulc. gastr. haut situé. (*The British med. Journal* 1933).

WERTHEIMER (P.). — Ulc. juxta-cardiaque — gastrotomie transpylorique. (*Soc. Chirg. Lyon*, 1931).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris XIV^e
